

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

RAMAT GAN, 5252204

רמת גן 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

2.1.23

מ.ל.ב.

לכבוד  
המוסד לביטוח לאומי  
מחלקת נפגעי עבודה  
יבנה

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 31.5.22

1. מצ"ב תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. כן, מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בזימון מרשי לוועדה רפואית אודה.



אריאל פרייברג, עו"ד



## תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ולתשלום גמלת נכות מעבודה

את התביעה יכול להגיש רק מי שאושרה תביעתו לדמי פגיעה עקב התאונה.

### הגשת תביעה לנכות מעבודה

גמלת נכות מעבודה משולמת למי שהוכר על ידי הביטוח הלאומי כנפגע בעבודה, ונותרה לו נכות עקב הפגיעה. על המבוטח להופיע בפני ועדה רפואית שתקבע את דרגת נכותו, ובהתאם לכך תשלום לו קצבה חודשית או מענק, לפי הוראות החוק. שים לב, גם אם חזרת לעבודה או לא נעדרת מהעבודה, אתה יכול להגיש תביעה לגמלת נכות מעבודה.

### חובה לצרף לטופס זה

- ✍ מסמך רפואי מהרופא המומחה שטיפל בך בקופת חולים או בבית חולים, עבור כל מגבלה או בעיה רפואית שתציין בטופס התביעה ואשר טרם הובאה לידיעת ביטוח לאומי.
- ✍ אם אתה מיוצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לצרף טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".
- ✍ אישורים לפי הנדרש בטופס התביעה.

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ✍ יש למלא את התביעה על פי ההנחיות הרשומות בה ולצרף אישורים נוספים על פי הנדרש בתביעה.
- ✍ את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
  - למלא באופן מקוון באתר הביטוח הלאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il) ולשלוח אונליין עם המסמכים הנוספים לסניף המטפל.
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר או בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ✍ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il).

על פי חוק, הקצבה תאושר לכל היותר עבור 12 החודשים שקדמו להגשת התביעה.

### לידיעתך

- ✍ לאחר הגשת התביעה תוזמן לבדיקה בוועדה רפואית. זימוןך לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 5.
- ✍ באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית, ללא תשלום, במרכז יד מכוונת. לקביעת פגישה יש להתקשר לטלפון \*2496.
- ✍ מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- ✍ לשאלות וביירוים ניתן להתקשר למוקד \*6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט/ יצירת קשר.
- ✍ מידע מורחב על קצבת נכות מעבודה מופיע באתר הביטוח הלאומי/ קצבאות והטבות/ נכות מעבודה.

עמוד 1 מתוך 5

057843021

נא למלא מספר תעודת זהות



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה

תביעה לקביעת דרגת נכות  
מעבודה ולתשלום גמלת  
נכות מעבודה

|                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| לשימוש פנימי בלבד (סריקה) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| מס' זהות / דרכון          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| סוג המסמך                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| דפים                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

חותמת קבלה

1

פרטי התובע

שם משפחה

אלמאק'י

שם פרטי

רחמים

מספר זהות  
ס"ב

057843021

תאריך לידה

02101962

שנה חודש יום

עיסוק

שכיר ☒

מתנדב ☐ עצמאי ☐

מין

זכר ☒

נקבה ☐

כתובת (הרשומה במשרד הפנים)

רחוב/תא דואר

הירדן

מס' בית

2

דירה

קניסה

יישוב

קריית מלאכי

מיקוד

טלפון נייד

0556644686

דואר אלקטרוני:

@

אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:

שם משפחה של איש קשר

שם פרטי של איש קשר

מס' זהות של איש קשר  
ס"ב

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.

מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב/תא דואר

מס' בית

קניסה

דירה

יישוב

מיקוד

2

פרטי הפגיעה

תאריך הפגיעה

31052022

שנה חודש יום

כאן תאריך הפגיעה

פרטים על הפגיעה

3

שם מקום העבודה / העסק / הגוף השולח לפעולת ההתנדבות \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

## מיקוד

ישוב

י"ב

## כניסה

ס' בית

רחוב/תא דואר

## המקצוע ערב הפגיעה:

x3

**טלפון קווי**

טלפון נייד

079 '0m

מ'קול

ישוב

מס' בית

## רחוב/תא דואר

## תאריך סיום השירות בקבע

תאריך כניסה לשירות קבע

האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא

אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.

4

כן, פרט

87 ☐

האם נזקקת לאשפוז עקב הפגיעה? ☐

תקופת אשפוז

שם בית החולים

האם נעשו לך בדיקות עקב הפגיעה- (צילומי רנטגן, CT, MRI וכד')?

☐ לא ☐ כן, פרט

שם המוסד הרפואי שבו נעשו הבדיקות וכתובתו

אם יש בידך צילומים או תוצאות בדיקות, נא לצרפם לטופס התביעה.

אני מבוטח בקופ"ח

צ"ן בטבלה שלהלן את שמות הרופאים שטיפלו בך או עדיין מטפלים בך:

## כתובת המרפאה

## תחום מומחיות

שם הרופא

5

**המגבלות שיש לך עקב הפגיעה שבגינון אתה תובע גמלה**

המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

המגבלות או הכאבים שמרמזם אתה סובל

כאבים והזלת רטטות אינולוג יג יג  
קול' דורר צילוג אזהר  
קול' דורר גררר יג יג  
כאבים וצ'מ קול' דורר נחלת

האם סבלת בעבר ממגבלות או כאבים דומים לאלה שציינת בטבלה למעלה?  
☐ לא ☐ כן, פרט:

6

**חזרה לעבודה**

האם חזרת לעבודה לאחר הפגיעה?

☐ כן - חזרתי לאותה העבודה

☐ כן - חזרתי לעבודה אחרת. פרט

שם המעביד וכתובתו

תאריך החזרה לעבודה

☐ לא חזרתי לעבודה - ציין את הסיבה

לידיעתך, לצורך הטיפול בתביעה אנו נפנה למעסיקיך לפי הצורך, לקבלת נתוני הכנסותיך  
אם הנך מתנגד לכך עליך לסמן את ההצהרה הבאה

☐ אני מסרב שהביטוח הלאומי יפנה למעסיקים שלי לקבלת דיווח באופן דיגיטלי (ממוחשב) של הכנסותיי.  
ידוע לי כי בשל סירובי אצטרך להגיש לביטוח לאומי בעצמי אישורים ותלושי שכר לצורך בירור זכאותי.

7

**שליטה בשפה העברית**

☐ אני לא שולט בשפה העברית. אני דובר

☐ אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

☐ לא אגיע לוועדה עם מלווה דובר עברית

8

**פרטים על תשלומים**

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשרד הביטחון?

☐ לא ☐ כן - ציין את סוג התשלום

מס' תיק באגף השיקום

האם הגשת או שאתה מתכוון להגיש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה?

☐ לא ☐ כן - ציין את שם הנתבע

9

**סיוע וייצוג בהגשת התביעה**

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☒ לא ☐ כן

הגוף המייצג או המסייע: ☒ עורך דין ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים ☐ עמותה ☐ אחר

אם אתה מייצג ע"י עורך דין יש לבקש מעורך הדין להזין ייפוי כוח באמצעות מערכת מייצגים בגמלאות באתר הביטוח הלאומי. אם אין באפשרותו לעשות זאת, או אם מדובר ברואה חשבון או יועץ מס, יש לשלוח אלינו טופס בל/73: "ייפוי כוח וויתור סודיות למייצג בנושאי הגמלאות".

שם גורם מסייע

כתובת

טלפון

03-7412358

אית' ה' פ, רמת יג

אית' כהירר

פרטי חשבון הבנק של התובע

10

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

יחסי אשכול

שם הבנק

שם הסניף/כתובתו

מס' סניף

מספר חשבון

1086459

985

המחירי ק.ל.כ"י

10

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי - אני מבקש להעביר את התשלום: ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני השותף בחשבון הבנק של ת"ז \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

תאריך 1.1.23 חתימת מקבל הגמלה x חתימת השותפים לחשבון x

הצהרה

11

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

☐ אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותי לגורמים נותני ההטבות.

☐ אני מסכים לוועדה בוודא צ'אט

תאריך 1.1.23 חתימת התובע x

אם התביעה לא חתומה ע"י התובע נא לציין את הסיבה לכך, את שם החותם, כתובתו ומס' זהותו. אם התביעה נחתמה בטביעת אצבע, נא לציין את שם העד לחתימה ומספר זהותו.

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נכות מעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: נכות מעבודה

פרטים אישיים

1

|                                                                                                                                                                      |                              |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| תאריך הפגיעה<br>31/05/2022<br>שנה חודש יום                                                                                                                           | מספר זהות/דרכון<br>057843021 | קוד גמלה<br>11  |
| שם פרטי<br>רחמים                                                                                                                                                     | שם משפחה<br>אזק              | חבר בקופת חולים |
| <input checked="" type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> אחר |                              |                 |

הצהרה

2

אני הח"מ, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית שלי ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו או כל מידע אחר שיידרש על ידם או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותי.

תאריך 1.1.22 חתימת המבוטח \*

**טופס בקשת מידע רפואי וניתור על סודיות רפואית**

**חלק א'**

אני התחום מסה: (במקרה של קטין יירשמו פרטים)

|          |         |            |             |
|----------|---------|------------|-------------|
| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | שם האב      |
| 17/1/77  | דניאל   | 57843021   | יגאל        |
| מס'      | עיר     | מיקוד      | סלפון       |
| 17/1/77  | ירושלים |            | 055-6664688 |

נתן בזה רשות לכל עובד רפואי ואו מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאים, עובדיהם ואו מי מטעמם ואו לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לבא תגנת לישראל ואו למשרד הבטחון ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ואו הסיעודי למסור ל- (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא קצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי תביאות ואו הסוציאלי ואו מצבי בתחום הסיעודי ואו השיקומי ואו כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו כל רופא מרופאים ואו כל עובד מעובדיהם ואו כל מוסד ממוסדיהם, כולל בוגר-חולים כלליים ואו מסיכיאטריים ואו שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ואו השיקומי ואו הסוציאלי ואו הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל וזיקן שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מתווך על סודיות זו כלפי המבקשים ולא נחא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ואו למי מרופאים ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מטעם כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 ונחא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ואו רופאים ואו עובדיהם ואו מי מטעמם ואו נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הראים: \_\_\_\_\_ או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

**חלק ב'**

שם קופי"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מסי' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

רופאים: \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_

מסי' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופי"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ עד לתיגמה ומסי' \_\_\_\_\_  
מסי' רשיון: 62254

**מתאים למקור  
אישל פרייבורג, ע"ד**

## י פ ו י כ ה

אני החתימ, אריאל פרייזברג מס' 052543034, מרחוב הגנה 8 תל אביב 6100001 מונה בזה אתרעון אריאל פרייזברג ואו לחיות באי כוחי במשפט של מגד בענין תאונת דרכים מיום 1/11/97 מבלי לפגוע בכלליות זמניתי הנזיל ויהא בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל הפעולות הנאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנזיל וחובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ואו כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למען רשות לערער, ערעור, הדעה, טענה, תובענה או כל חלק אחר הנוגע או הנובע מהליך הנזיל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ואו לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנחוצות מהענין הנזיל.
3. לבקש ולקבל תחת דעת רמאית מכל, דומא או מוסד שבדק אותי או תווה דעת אחרת הנוגעת לענין הנזיל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנזיל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכח, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בודקין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הנדרשות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתי של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מדיצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנזיל, לרבות הוצאות בימייש ושכר טרחת עויד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולזכות קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמומחים.
9. לחצוא למעל כל פסייד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירת או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות הנדרשות עפוי חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנוגע מהענין הנזיל.
11. לחתום או לספור באישום שלא בנוכחותי ואו בהעדר.
12. להופיע בשמי ולציגני בפני רשם הקרקעות, במשרדי טפרי אחרות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת עיי' החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבל עפוי דין.
13. ליציגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרשום גוף משפטי, לספח ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולספח בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

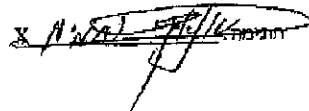
14. לספק בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, שימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפצי כח זה על כל הטמטיות שבו או חלק מהן לעייד אחר עם זכות העברת לאחרים; לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את ענייני המיל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומתויל בקשר עם המשפט או עם ענייני הנמיל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתדקף יפוי כח זה מראש.

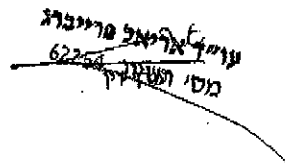
המילים הבאות ביהודי תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_



חנני מאשר את חתימת מרשי הנמיל

  
עויד ארמאל מרייברג  
מס' 62254

המרכז הרפואי האוניברסיטאי ברזילי  
רחוב ההסתדרות 2, מיקוד 7830604, אשקלון  
טל 08-6745555 פקס 08-6736750  
The Barzilai University Medical Center  
Hahistadrot St 2, Ashkelon 7830604, Israel  
Tel (972)-8-6745555 Fax (972)-8-6736750  
[www.barzilaihc.org.il](http://www.barzilaihc.org.il)



המרכז הרפואי האוניברסיטאי  
**ברזילי**  
בית החולים הכירורגי ע"ש  
**שילה ואריק סמסון**  
אשף אמן רב



סודי רפואי

מעדכן ל: 31/05/2022, 13:29

אח/ות אחראית: גליה רוזנברג

מחלקה לרפואה דחופה

מנהל/ת מחלקה לרפואה דחופה: דר' ריק יונתן מ.ר. 119197

## סיכום ביקור במיון - 11238019

המידע הכלול במסמך זה מוגן על פי חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 וחוק הגנת הפרטיות. תשמ"א-1981  
ואין למסור אותו ולא את תוכנו ולא איזה פרט שהוא ממנו לכל אדם ולא גוף אלא בהתאם להוראות בחוק.  
מסירת המידע בניגוד לקבוע בחוקים אלו, מהווה עבירה.

מכתב זה מכיל מידע רפואי חשוב, יש להעבירו לרופא המספל בהקדם להבטחת רצף טיפולי

|                                                       |                           |                                |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>אנאקרי רחמים</b>                                   |                           | <b>ת.ז.:</b> 57843021          |
| <b>מין:</b> זכר                                       | <b>ת.לידה:</b> 02/10/1962 | <b>גיל:</b> 59                 |
| <b>שם האב:</b> יהודה                                  | <b>טל:</b> 055-6644686    | <b>שם האם:</b> נעמי            |
| <b>קופ"ת:</b> קופ"ח כללית                             |                           | <b>מצב משפחתי:</b> נשוי/אה + 6 |
| <b>כתובת:</b> הירדן 8 קרית מלאכי /קרית מלאכי, 8302136 |                           |                                |

**נתוני ביקור במיון**

תאריך קליטה במיון: 31/05/2022, שעה: 12:14

**תאריך שחרור בפועל**

תאריך שחרור: 31/05/2022 שעה: 13:28

יעד השחרור: לביתו/ה

**סיבת פנייה**

סיבה עיקרית: חבלת גפיים

הערות: נסגר על אצבעותי מ 2 3 4 יד ימין דלת ללא דימום פעיל

**החלטה: שחרור**

**אבחנות באשפוז/שחרור**

| אבחנה                                                        | קוד    | צד    | תאריך      | עיקרי | S/P | M/P | Rec |
|--------------------------------------------------------------|--------|-------|------------|-------|-----|-----|-----|
| CLOSED FRACTURE OF PHALANX OR PHALANGES OF HAND, UNSPECIFIED | 816.00 | Right | 31/05/2022 | ✓     |     |     |     |
| 3                                                            |        |       |            |       |     |     |     |

**חלונה עיקרית**

בן 59, בריא ב"כ,

ללא אלרגיות ידוע.

פנה בשל חבלה באצבע שלישית בכף יד ימין ביום קבלתו.

מלין על כאב וקושי בהנעה, ללא חסר נוירולוגי.

לדבריו אירע בעבודה.

**בבדיקתו:**

אצבע 3 בכף יד ימין:

נפוחות בגליל מקורב, ללא דפורמציה, רוסם שיפשוף שיתחי בעור, רגישות במישוש גליל אמצעי של אצבע שלישי. מכופף ומיישר היטב. ללא scissoring. ללא הגבלת תנועה בשורש כף היד ויתר האצבעות, תחושה דיסטלית שמורה, מילוי קפילרי תקין. ללא חסר מירוסקולרי דיסטלי סלל פיזור רדיאלי, מדיאני ואולטרי.

רנטגן: קוי שבר רוכבי בגליל אמצעי של אצבע שלישית, ללא תזוזה. טופל בחבישת אצבע לאצבע.

#### מדדים

| תאריך ושעה       | לחץ דם   | דופק | חום  | סטורציה |
|------------------|----------|------|------|---------|
| 12:27 31/05/2022 | 133 / 66 | 66   | 36.4 | 100     |

לא ידועה רגישות לתחפות

לא ידועה רגישות לחומרים

#### ביצוע תרופות

| תרופה                        | תזמון מהוראה | תאריך ושעה                               | צורת מינון ומינון |
|------------------------------|--------------|------------------------------------------|-------------------|
| ACAMOL CPL 500MG CPL 1000 mg | Once         | 12:25 31/05/2022<br>הללי אדם מ.ר. 230732 | CPL 1000 mg PO    |

סיכום ודיון

#### המלצות כלליות

המלצה: מעקב רופא מטפל משככי כאבים לפי הצורך יד מורמת במנוחה מעל גובה הלב מעקב רופא מטפל מנוחה \* 7 ימים מעקב אורתופד בקופ"ח בעוד כשבועיים פניה לריפוי בעיסוק בהקדם נא לברר בקופת חולים לגבי תוקף של חיסון טטנוס בהחמרה: כאב מוחמר, שינוי צבע גפה, חסר נירולוגי # יש לפנות לטיפול רפואי חופשת מחלה: 3 שבועות.

#### חתימת רופא/ה בשחרור

| זמן חתימה        | תפקיד | שם חתום                        |
|------------------|-------|--------------------------------|
| 31/05/2022 13:28 | רופא  | ד"ר צרמורסקי יבגני משה 1-47145 |

המשך מעקב רופא מטפל לפי הצורך, בכל החמרה יש לפנות לרופא בהקדם בפנייה חוזרת למיון או בפנותך למרפאה אליה הוזמנת, עליך להצטייד בהתחייבות כספית או בתשלום כספי.



תחום: אורתופדיה  
כתובת: המ"ג, 14  
מספר: 08-8589200  
08-8589210  
מחוז: מרכז  
קריית מלאכי - מרכז מקצועי

תאריך: 13/06/2022

## תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

|              |                 |             |            |             |             |       |       |   |
|--------------|-----------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------|-------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים | מס זהות:   | 00057843021 | גיל:        | 59.08 | מין:  | ז |
| ת.לדה:       | 02/10/1962      | שם האב:     | יהודה      | ישו:        | קריית מלאכי | רחוב: | הירדן |   |
| מס בית:      | 8               | טלפון:      | 08-8609329 | טלפון מסך:  | 055-6644686 |       |       |   |

תאריך תאונה: 31/05/2022

2 תאונות עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

אבחנה  
FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

קוד:  
8160

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ אינו/ה מסוגלת לעסוק בעבודתו/ה ואף לא בעבודה אחרת

|                 |                   |        |              |
|-----------------|-------------------|--------|--------------|
| מיום 31/05/2022 | עד יום 02/07/2022 | (בכלל) | סה"כ 33 ימים |
| 13/06/2022      | 13/06/2022        |        |              |

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חותמת המרפאה

הזכות לגמלה בקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מרכז רפואי  
מ.ר. 88514  
מ.ר. 88514



טלפון

08-8589210

מס' פקס

פקס

מרכז

מחוז

אזור

המ"ג, 14

קרית מלאכי - מרכז מקצועי

כתובת

כתובת

מס' בית

תאריך: 13/06/2022

## סיכום ביקור

|              |                 |             |            |             |             |       |       |   |
|--------------|-----------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------|-------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים | מס זהות:   | 00057843021 | גיל:        | 59.08 | מין:  | ז |
| תלדה:        | 02/10/1962      | שם האב:     | יהודה      | ישוב:       | קריית מלאכי | רחוב: | הירדן |   |
| מס' בית:     | 8               | טלפון:      | 08-8609329 | טלפון נוסף: | 055-6644686 |       |       |   |

## שלום רב,

13/06/2022

תאריך הביקור:

תאריך תאונה: 31/05/2022

2 תאונות עבודה

סוג ביקור:

רגיל

מהות הביקור:

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/סיבת הפניה מתאריך 02/06/2022:

חבלת אצבעות 2-4 בעבודה לפני יומיים

טופל וצולם במיון ברזילי על פי הסיכום - שבר רוחבי ללא תזוזה גליל מרכזי

אצבע 3.

קיבוע

מחלה מעקב בהמשך לפי הצורך

13/06/2022

עדיין כאבים ירידה תחושתית גם בחצי אולנרי של גליל מרוחק אצבע 2 ימין, חבלה

באזור DIP.

המשך מחלה

אבחנה

FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

איפיון

קוד

8160

קוד מתאריך עד תאריך סטטוס

113 31/05/2022 02/07/2022 הופק

אישור

תאונת עבודה (תעודה ראשונה)

## בברכה,

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחומת הרופא

מס' רשיון

שם הרופא

מרכז רפואי  
מ.ר. 88514  
בראש כלית

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

סיכום ביקור

13/06/2022

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00057843021

אנאקי רחמים



מספר רשיון 88514  
טלפון 08-8589200  
פקס 08-8589210  
מחוז מרכז

ד"ר שחל בצלאל

שם הרופא

אורתופדיה

תחום

המ"ג, 14

כתובת

קרית מלאכי - מרכז מקצועי

מרפאה

תאריך: 13/06/2022

## תעודת רפואית ראשונה לנפגע בעבודה

|              |                 |             |            |             |             |       |       |   |
|--------------|-----------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------|-------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים | מס זהות:   | 00057843021 | גיל:        | 59.08 | מין:  | ז |
| ת.לידה:      | 02/10/1962      | שם האב:     | יהודה      | ישוב:       | קרית מלאכי  | רחוב: | הירדן |   |
| מס בית:      | 8               | טלפון:      | 08-8609329 | טלפון נוסף: | 055-6644686 |       |       |   |

תאריך תאונה: 31/05/2022

2 תאונת עבודה

סוג תאונה:

אבחנות

אבחנה  
FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

קוד

8160

הטיפול שניתן:

כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

סה"כ 33 ימים

(בכלל)

עד יום 02/07/2022

מיום 31/05/2022

13/06/2022

13/06/2022

ת. הבדיקה

תאריך מתן התעודה

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחומת מנת הרופא של השרות הרפואי המוסמך

חומתת המרפאה

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד



מספר רשיון 88514  
טלפון 08-8589200  
פקס 08-8589210  
מחוז מרכז

שם הרופא ד"ר שחל בצלאל  
תחום אורתופדיה  
כתובת המ"ג, 14  
מרפאה קרית מלאכי - מרכז מקצועי

תאריך: 13/06/2022

## סיכום ביקור

|              |                 |             |            |             |             |       |       |   |
|--------------|-----------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------|-------|---|
| פרטי המטופל: | שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים | מס זהות:   | 00057843021 | גיל:        | 59.08 | מין:  | ז |
| תלמידה:      | 02/10/1962      | שם האב:     | יהודה      | ישוב:       | קרית מלאכי  | רחוב: | הירדן |   |
| מס בית:      | 8               | טלפון:      | 08-8609329 | טלפון נוסף: | 055-6644686 |       |       |   |

## שלום רב,

תאריך הביקור: 13/06/2022  
סוג ביקור: 2 תאונת עבודה  
מהות הביקור: רגיל

תלונות/סיבת הפניה: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/06/2022:  
חבלת אצבעות 2-4 בעבודה לפני יומיים  
טופל וצולם במיון ברזילי על פי הסיכום - שבר רוחבי ללא תזוזה גליל מרכזי  
אצבע 3.  
קיבוע  
מחלה מעקב בהמשך לפי הצורך  
13/06/2022:  
עדיין כאבים ירידה תחושתית גם בחצי אולנרי של גליל מרוחק אצבע 2 ימין, חבלה  
באזור DIP.  
המשך מחלה

קוד איפיון אבחנה  
8160 FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

אישור קוד מתאריך קוד  
(תעודת ראשונה) 113 31/05/2022  
סטטוס עת תאריך סטטוס  
02/07/2022 הופק

## בברכה,

|          |               |           |       |                   |
|----------|---------------|-----------|-------|-------------------|
| שם הרופא | ד"ר שחל בצלאל | מס' רשיון | 88514 | חתימה וחוקת הרופא |
|----------|---------------|-----------|-------|-------------------|

שיוח  
בריאנות כללית  
מרכז רפואי  
מ.ר. 88514

09:31 תאריך: 07/11/2022

## הפניה כללית

|              |             |                 |            |             |         |
|--------------|-------------|-----------------|------------|-------------|---------|
| פרטי המטופל: |             | שם משפחה ופרטי: |            | אנאקי רחמים |         |
| מס זהות:     | 00057843021 | גיל:            | 60.01      | מין:        | ז       |
| רחוב:        | הירדן       | קריית מלאך      | ישוב:      | 02/10/1962  | תלדה:   |
| טלפון מסר:   | 055-6644686 | טלפון:          | 08-8609329 | 8           | מס בית: |

31/05/2022 תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

33103014059

מספר הפניה:

גורם שולח



3103

מספר הפניה



033103014059

תז נבדק



57843021

מספר רשיון



088514

שירות שנבחר

שירות רפואי  
80074

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב  
97140 טיפול פיזיותרפי פרטי

80074

אבחנה משוערת:

PAIN RT SHOULDER

אבחנה

איפיון

תלונות: החרמה בכאבים בכתף ימין  
PT

היסטוריה רפואית - בעיות פעילות

| מגילוי     | איפיון  | בעיה                                   |
|------------|---------|----------------------------------------|
| 01/12/2001 |         | ASTHMA                                 |
| 01/02/2007 |         | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED             |
| 01/01/2012 |         | OBESITY (BMI >30)                      |
| 01/08/2012 | RT.     | INGUINAL HERNIA                        |
| 01/08/2012 |         | UMBILICAL HERNIA                       |
| 01/04/2013 |         | NASAL POLYPS                           |
| 12/01/2015 | LT.HAND | FOREIGN BODY                           |
| 22/03/2020 |         | DIABETES MELLITUS                      |
| 11/02/2021 |         | COVID-19 CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT |

רגישויות ו/או תופעות לוואי

| תגובה                          | רגישות ל           | מסר ע"י |
|--------------------------------|--------------------|---------|
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא    |
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא    |
| PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg | אחר: כאבים בשרירים | המטופל  |

תרופות קבועות

| תרופות                          | כמות | א. הגשה  | פעמים | שב   |
|---------------------------------|------|----------|-------|------|
| GENTEAL 0.3% COL 0.3% 1         |      | 4 טיפות  |       | ביום |
| ENALAPRIL 5MG TAB 5MG 1         |      | 1 טבליות |       | ביום |
| RHINO LAST NASAL SPRAY (N) 0.1% |      | 1 לרס    |       | ביום |

ס.ה.ר. 7

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

07/11/2022

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00057843021

הפניה כללית

אנאקי רחמים

OBESITY (BMI &gt;30)

INGUINAL HERNIA

UMBILICAL HERNIA

NASAL POLYPS

FOREIGN BOD /

DIABETES MELLITUS

COVID-19 CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT

RT.

LT.HAND

01/01/2012

01/08/2012

01/08/2012

01/04/2013

12/01/2015

22/03/2020

11/02/2021

רגישויות ואז תופעות לוואי

נוסד ע"

תגובה

רגישות ל

רופא

SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg אחר: כאבים בשרירים

רופא

SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg אחר: כאבים בשרירים

המטופל

PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg אחר: כאבים בשרירים.

לא בוצעה בדיקת קריאטינין בחצי שנה האחרונה

88514

ד"ר שחל בצלאל

חתימה וחותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת דימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשומה

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

מ.ר. 88514

דף 2

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לדימות

07/11/2022

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00057843021

אנאקי רחמים



|          |                          |            |            |
|----------|--------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר שחל בצלאל            | מספר רשיון | 88514      |
| תחום     | אורתופדיה                | טלפון      | 08-8589200 |
| כתובת    | המ"ג 14                  | פקס        | 08-8589210 |
| מרפאה    | קרית מלאכי - מרכז מקצועי | מחוז       | מרכז       |

תאריך: 07/11/2022

## תעודה רפואית נוספת לנפגע בעבודה

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| פרטי המטופל:    |             |
| שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים |
| ת.לידה:         | 02/10/1962  |
| מס בית:         | 8           |
| מס זהות:        | 00057843021 |
| רחוב:           | הירדן       |
| טלפון נוסף:     | 055-6644686 |
| גיל:            | 60.01       |
| מין:            | ז           |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה

תאריך תאונה: 31/05/2022

אבחנות

קוד  
8160

אבחנה

FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

הטיפול הנוכחי:

## כתוצאה מהפגיעה המוצהרת ע"י הנ"ל:

⊙ איננה מסוגלת לעסוק בעבודתה ואף לא בעבודה אחרת

מיום 03/09/2022 עד יום 31/12/2022 (בכלל) סה"כ 120 ימים

07/11/2022 07/11/2022

תאריך מתן התעודה ת. הבדיקה

ד"ר שחל בצלאל

חותמת המרפאה

חתימה וחותמת הרופא של השירות הרפואי המוסמך

הזכות לגמלה נקבעת על - ידי המוסד לביטוח הלאומי ואין התעודה מקנה זכות זו

תעודה זו מיועדת למוסד לביטוח לאומי בלבד

מרכז רפואי  
מ.ר. 88514

מ.ר. 88514



שם הרופא: ד"ר שחל בצלאל  
תחום: אורתופדיה  
כתובת: המ"ג, 14  
מספרה: קרית מלאכי - מרכז מקצועי  
מספר רישון: 88514  
טלפון: 08-8589200  
פקס: 08-8589210  
מחוז: מרכז

תאריך: 07/11/2022

## הפניה לדימות

|                 |             |          |             |
|-----------------|-------------|----------|-------------|
| פרטי המטופל:    |             |          |             |
| שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים | מס זהות: | 00057843021 |
| תלידה:          | 02/10/1962  | רחוב:    | הירדן       |
| מס בית:         | 8           | טלפון:   | 055-6644686 |

סוג תאונה: 2 תאונת עבודה תאריך תאונה: 31/05/2022

מספר הפניה ישירה: 33103014057

רשיון רופא: 088514  
תד נבדק: 57843021  
מספר הפניה: 033103014057  
גורם שולח: 3103

ביום הבדיקה, נא לפנות למשרד מכון הרנטגן והדימות כ- 15 דקות לפני הזמן שנקבע לביצוע הבדיקה.  
נא להגיע עם טופס ההפניה, מסמכים רלוונטיים וצילומים קודמים.  
לנשים בלבד!

אם הינך בהריון או במצב של אפשרות להריון, חובה עליך ליידע את הרופא המפנה לבדיקה ואת הצוות המבצע במכון הרנטגן והדימות.  
נשים בעלות מחזור חודשי מתבקשות להזמין תור לבדיקה ב- 10 הימים הראשונים של המחזור החודשי.

לכבוד: US כף יד ימין  
US כתף ימין

## שירות שנבחר

קוד שירות: 78003  
קוד משה"ב: US L1028  
תיאור רפואי: US כתף ימין  
שירות רפואי: 10405031  
קוד שירות: 78003  
קוד משה"ב: US L1028  
תיאור רפואי: US כף יד ימין  
שירות רפואי: 10405021

המטופל מתלונן על: תלונות/ סיבת הפניה מתאריך: 02/06/2022

חבלת אצבעות 2-4 בעבודה לפני יומיים  
טופל וצולם במיון ברזילי על פי הסיכום - שבר רוחבי ללא תזוזה גליל מרכזי  
אצבע 3

קיבוע

מחלה מעקב בהמשך לפי הצורך

13/06/2022

עדיין כאבים ירידה תחושתית גם בחצי אולגרי של גליל מרוחק אצבע 2 ימין, חבלה  
באזור DIP,

המשך מחלה

30/06/2022

ללא שינוי בכאב ובהגבלה בתפקודית. כאבים חזקים וחוסר רגשיות עם  
היפראסטזיה בקצה דיסטלי. צלקת רגישה מאוד למגע,  
מופנה לריפוי העיסוק.

המשך מחלה

07/11/2022

עדיין כאבים והגבלה משמעותית. אצבע 2, רגישות נכירת על DIP עם  
היפראסטזיה ניכרת מקומית.

אצבע 3 וטריגרינט ללא כל שיפור.

אצבע 4 היפר אסטזיה מקומית גליל מרכזי ומרוחק.

ישלים US כף יד ימין

להערכת מומחה כף יד

## אבחנה משוערת

קוד: 8160  
אבחנה: FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED  
אבחנה: FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSED

בעיות פעילות

הפניה לדימות

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

07/11/2022

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00057843021

אנאקי רחמים

| תרופות                                      | כמות       | א. הגשה       | פעמים | ב.   |
|---------------------------------------------|------------|---------------|-------|------|
| METFORMIN HCL TAB 850MG 850MG 1             |            | 3 טבליות      |       | ביום |
| RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184MCG/22MCG 1 |            | 1 שאיפות      |       | ביום |
| LIPITOR 20MG TAB 20MG 1                     |            | 1 טבליות      |       | ביום |
| 88514                                       |            | ד"ר שחל בצלאל |       |      |
| חתימה וחזקמת הרופא                          | מספר רשיון | שם הרופא      |       |      |

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

מלך רשמי  
88514  
נמ"ר  
בראש כלית

תאריך: 07/11/2022

## הפניה לרפואה יועצת

|                 |             |             |             |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| פרטי המטופל:    |             |             |             |
| שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים | מס זהות:    | 00057843021 |
| ת.ל.יד:         | 02/10/1962  | גיל:        | 60.01       |
| מס בית:         | 8           | רחוב:       | הירדן       |
|                 |             | טלפון מספר: | 055-6644686 |
|                 |             | טלפון:      | 08-8609329  |

31/05/2022

תאריך תאונה

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

מספר הפניה ישירה: 33103014058

גודם שולה

מספר הפניה

תז נבדק

מספר רשיון



3103



033103014058



57843021



088514

לכבוד: כף יד

שירות שנבחר

שירות רפואי  
6010171

תיאור רפואי

קוד שירות קוד משה"ב  
70017 L9249 אורתופדיה כף יד

הריני מפנה את המטופל הנ"ל להתייעצות בשל

**תלונות** תלונות/ סיבת הפניה מתאריך 02/06/2022:  
חבלת אצבעות 2-4 בעבודה לפני יומיים  
טופל וצולם במיון ברזילי על פי הסיכום - שבר רוחבי ללא תזוזה גליל מרכזי אצבע 3.  
קיבוע  
מחלה מעקב בהמשך לפי הצורך  
13/06/2022:  
עדיין כאבים ירידה תחושתית גם בחצי אולנרי של גליל מרוחק אצבע 2 ימין, חבלה באזור DIP.  
המשך מחלה  
30/06/2022:  
ללא שינוי בכאב ובהגבלה בתפקודית. כאבים חזקים וחוסר רגשיות עם היפראסטזיה בקצה דיסטלי. צלקת רגישה מאוד למגע.  
מופנה לריפוי העיסוק.  
המשך מחלה  
07/11/2022:  
עדיין כאבים והגבלה משמעותית. אצבע 2, רגישות נכרת על DIP עם היפראסטזיה ניכרת מקומית.  
אצבע 3 וטרריגנט ללא כל שיפור.  
אצבע 4 היפר אסטזיה מקומית גליל מרכזי ומרוחק.  
ישלים US כף יד ימין  
להערכת מומחה כף יד

אבחנה משוערת

אבחנה  
FRACTURE PHALANX/PHALANGES CLOSEDקוד  
איפיון  
8160

בעיות פעילות

| מגילוי     | איפיון | בעיה                       |
|------------|--------|----------------------------|
| 01/12/2001 |        | ASTHMA                     |
| 01/02/2007 |        | HYPERLIPIDEMIA UNSPECIFIED |
| 01/01/2012 |        | OBESITY (BMI >30)          |
| 01/08/2012 | RT.    | INGUINAL HERNIA            |

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

הפניה לרפואה יועצת

07/11/2022

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00057843021

אנאקי רחמים

|                                        |      |         |            |
|----------------------------------------|------|---------|------------|
| UMBILICAL HERNIA                       | בעיה | אפיין   | מגילוי     |
| NASAL POLYPS                           |      |         | 01/08/2012 |
| FOREIGN BODY                           |      |         | 01/04/2013 |
| DIABETES MELLITUS                      |      | LT.HAND | 12/01/2015 |
| COVID-19 CORONAVIRUS RECOVERED PATIENT |      |         | 22/03/2020 |
|                                        |      |         | 11/02/2021 |

רגישויות ולא תופעות לוואי

|                                |                    |          |
|--------------------------------|--------------------|----------|
| רגישות ל                       | תגובה              | במסר ע"י |
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא     |
| SIMVASTATIN 40MG TAB 40mg      | אחר: כאבים בשרירים | רופא     |
| PRAVASTATIN 40MG-TEVA TAB 40mg | אחר: כאבים בשרירים | המטופל   |

## תרופות קבועות

| תדירות                                      | כמות     | א. הגשה | פעמים | ב. |
|---------------------------------------------|----------|---------|-------|----|
| GENTEAL 0.3% COL 0.3% 1                     | 4 טיפות  | ביום    |       |    |
| ENALAPRIL 5MG TAB 5MG 1                     | 1 טבליות | ביום    |       |    |
| RHINOLAST NASAL SPRAY (N) 0.1%              | 1 לרסס   | ביום    |       |    |
| METFORMIN HCL TAB 850MG 850MG 1             | 3 טבליות | ביום    |       |    |
| RELVAR ELLIPTA 184/22MCG INH 184MCG/22MCG 1 | 1 שאיפות | ביום    |       |    |
| LIPITOR 20MG TAB 20MG 1                     | 1 טבליות | ביום    |       |    |

נודה לך על חוות דעתך והמלצתך

ד"ר שחל בצלאל

88514

החתימה חותמת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

בעת זימון, ביטול, שינוי מועד התור יש לציין בפני נציג השירות את מספר ההפניה הרשום מעלה.

פניה לטיפול באחד מביה"ח של הכללית על-סמך הפניה זו אינו מצריך טופס 17. רשימת ביה"ח מפורסמת באתר הכללית

מרכז רפואי  
88514. מ.ר.

הפניה לרפואה יועצת

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

דף 2

00057843021

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

07/11/2022

אנאק'י רחמים

|          |                          |            |            |
|----------|--------------------------|------------|------------|
| שם הרופא | ד"ר שחל בצלאל            | מספר רשיון | 88514      |
| תחום     | אורתופדיה                | טלפון      | 08-8589200 |
| כתובת    | המ"ג 14                  | פקס        | 08-8589210 |
| מרפאה    | קרית מלאכי - מרכז מקצועי | מחוז       | מרכז       |

תאריך: 07/11/2022

מכתב

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| פרטי המטופל:    |             |
| שם משפחה ופרטי: | אנאקי רחמים |
| ת.ל.ידה:        | 02/10/1962  |
| מס בית:         | 8           |
| ישוב:           | קריית מלאכ  |
| טלפון:          | 08-8609329  |
| מס זהות:        | 00057843021 |
| רחוב:           | הירדן       |
| טלפון נוסף:     | 055-6644686 |
| גיל:            | 60.01       |
| מין:            | ז           |

תאריך תאונה 31/05/2022

סוג תאונה 2 תאונת עבודה

לכבוד: אחות  
נא להזריק IM VOLTAREN 75 MG לפי הצורך פעם ביום

88514

ד"ר שחל בצלאל

התימה וחזרת הרופא

מספר רשיון

שם הרופא

מרכז רפואי  
מ.ר. 88514  
מ.ר. 88514

דף 1

\*\*\*המסמך מכיל מידע מוגן על-פי חוק הגנת הפרטיות\*\*\*

מכתב

07/11/2022

הודפס ע"י ד"ר שחל בצלאל

00057843021

אנאקי רחמים

## TRANSMISSION VERIFICATION REPORT

TIME : 10/01/2023 09:32  
 NAME :  
 FAX :  
 TEL :  
 SER.# : E75410F8N771041

|              |             |
|--------------|-------------|
| DATE, TIME   | 10/01 09:25 |
| FAX NO./NAME | 089345005   |
| DURATION     | 00:07:26    |
| PAGE(S)      | 18          |
| RESULT       | OK          |
| MODE         | FINE PC-FAX |

01/2023 09:25

Page 1/18

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)

RAMAT GAN, 5252204

רמת גן 5252204

Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

טל' 03-7412358 פקס 077-3180983

2.1.2.3

מ.ל.ב.

לכבוד  
 המוסד לביטוח לאומי  
 מחלקת נפגעי עבודה  
יבנה

א.ג.נ.,

הנדון: רמי אנאקי, ת.ז. 57843021

תאונה מיום 31.5.22

1. מצ"ב תביעה לקביעת דרגת נכות בצירוף תעודות רפואיות.
2. כן, מצ"ב יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י מרשי.
3. לעיונכם וטיפולכם המסור בוימון מרשי לועדה רפואית אודה.